**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**

**Tıp Fakültesi Dekanlığı**

**Sayı :**

**Konu :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rapor Kullanan Personelin** | | |
| **Personel Bilgileri** | **Adı Soyadı** |  |
| **Unvanı** |  |
| **Kadrosunun Bulunduğu Birim** |  |
| **Görev Yeri** |  |
| **Kurum Sicil No** |  |
| **İzin Adresi** |  |
| **Rapor Bilgileri** | **Raporu Tanzim Eden Kuruluş** |  |
| **Rapor Tarih ve Numarası** |  |
| **Rapor Süresi** |  |
| **Hastanede Yattığı Tedavi Süresi** |  |
| **Varsa Önceki Rapor Süresi** |  |
| **Toplam Rapor Süresi** |  |
| **Vekalet Gerektiren Görevlerde Vekâlet Edecek Personelin** | | |
| **Unvanı -Adı Soyadı** | |  |
| 657 sayılı Kanun’un 105. maddesi ve Devlet Memurlarına Verilecek Hastalık Raporları İle Hastalık ve Refakat İznine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkındaki Yönetmelik gereğince adı geçenin ……… tarihinden itibaren …….. gün süreli hastalık izninin onaylanmasını Olurlarınıza arz ederim.        Fakülte Sekreteri  O L U R  …/…/ …    Dekan | | |
| Adı geçen …. (…) gün sıhhi iznini kullanarak …../…../20… tarihinde görevine başlamıştır.  Adı geçen …../…../20…. tarihinden itibaren …… (……) gün rapor almıştır.  ………………  Birim Amiri | | |

**Not:Sıhhi İzin Oluru Personel Daire Başkanlığına ve ilgilinin kadrosunun bulunduğu birime gönderilecektir.**